

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Karlos Magno Carvalho Leão CPF: 073.852.274-06

CARGO OU FUNÇÃO: Médico Plantonista MATRICULA Nº: 0539

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT.DE TEMPO P/ L. PRÊMIO |
| <input checked="" type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR | <input type="checkbox"/> AUT.P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO |
| <input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO | <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito 30 dias de férias, a partir de 03/07/2023, referente ao ano de 2022.

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 27 / 06 / 2023

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___ / ___ / ___